

Une embolie pulmonaire diagnostiquée précocement

Early diagnosis of a pulmonary embolism

M. Roussel · R. Bompard · Y. Freund

Reçu le 1 juillet 2017 ; accepté le 23 janvier 2018
© SFMU et Lavoisier SAS 2018

Un patient âgé de 83 ans a consulté aux urgences pour une dyspnée au moindre effort avec lipothymie. Ses antécédents principaux étaient un diabète insulinorequérant et une cardiopathie ischémique avec pontage de l'artère interventriculaire antérieure. À l'arrivée, la mesure des paramètres vitaux objectivait une pression artérielle à 89/37 mmHg, une fréquence cardiaque à 101/min et une saturation en oxygène de 94 % en air ambiant. L'examen clinique retrouvait une polypnée (25/min), sans signe cardiaque droit ni thrombose veineuse profonde. L'électrocardiogramme montrait une tachycardie sinusale, un aspect S1Q3, des ondes T négatives en inférieur et en apicolatéral. Un remplissage vasculaire par cristalloïdes s'est avéré inefficace. Nos premières hypothèses étaient un tableau de choc cardiogénique consécutif à une embolie pulmonaire, une récurrence de syndrome coronarien aiguë ou une dysfonction valvulaire brutale. Devant cet état de choc, il a été réalisé précocement une échocardiographie transthoracique qui permettait de mettre en évidence un cœur pulmonaire aigu avec la présence d'un thrombus de grande taille intracavitaire droit (Fig. 1). Devant la forte suspicion d'embolie pulmonaire grave [1] associée à un choc cardiogénique sur cœur pulmonaire aigu échographique et en l'absence de contre-indication absolue, une thrombolyse intraveineuse selon un protocole court [1] suivi d'un relais par héparinothérapie a été débutée avant la réalisation de l'angioscanner thoracique. L'angioscanner thoracique objectivait une embolie pulmonaire bilatérale proxi-

male avec signes de gravité, une dilatation du tronc de l'artère pulmonaire ainsi qu'une dilatation des cavités droites et un rapport VD/VG augmenté. Le patient a été transféré en unité de soins intensifs cardiologiques avec une évolution rapidement favorable en quelques jours. Comme le préconisent les recommandations, l'échocardiographie doit être réalisée précocement chez les patients en état de choc [2]. En effet, elle permet d'orienter le diagnostic étiologique et donc le traitement.

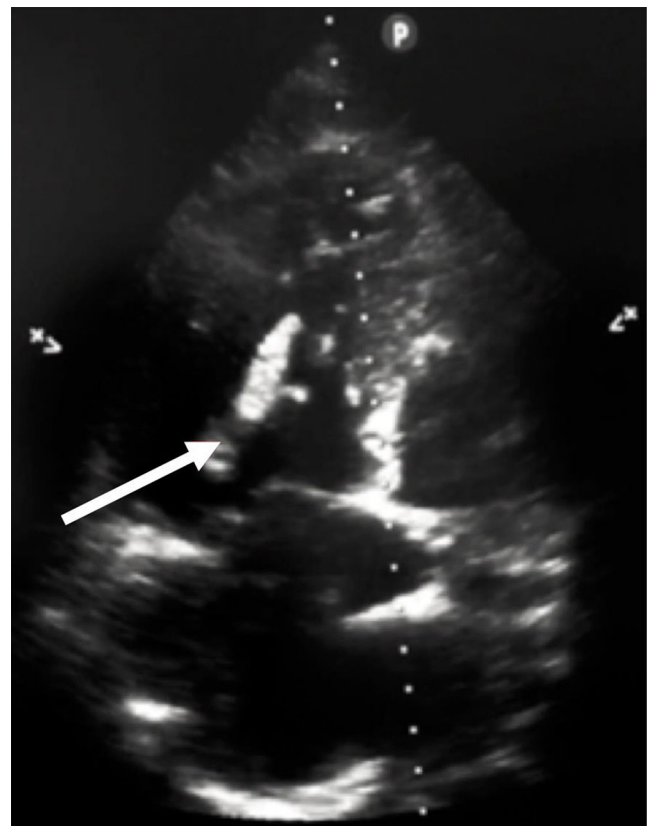


Fig. 1 Image échocardiographique en coupe apicale 4 cavités réalisée précocement à l'arrivée du patient mettant en évidence une dilatation des cavités droites. La flèche blanche indique un thrombus intracavitaire dans le ventricule droit

M. Roussel (✉)

Service des urgences, CHU de Charles-Nicolle,
1, rue de Germont, F-76000 Rouen, France
e-mail : melanie-roussel@hotmail.fr

R. Bompard · Y. Freund

Service d'accueil des urgences,
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
47-83, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, France

Y. Freund

Sorbonne Université, Faculté de médecine,
91 Boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, France

Références

1. Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, et al (2014) ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J* 35:3033–69
2. Duchenne J, Martinez M, Rothmann C, et al (2016) Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé. *Ann Fr Med Urg* 6:284–95